

تبیین اساسات روان شناختی بیماران مبتلا به نازایی: یک پژوهش کیفی

شهین سوادزاده^{1*}، نگین مددزاده¹

1) گروه مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد آستارا

تاریخ پذیرش: 91/4/14

تاریخ دریافت: 90/9/5

چکیده

مقدمه: به نظر می رسد تصور بر این است که استرس که به صورت اضطراب یا افسردگی تظاهر پیدا می کند، در زنانی که دچار ناباروری می شوند افزایش می یابد. ارتباط بین استرس و ناباروری ارتباطی پیچیده است و ممکن است سیکل معیوبی را به وجود آورد. این مطالعه به منظور تعیین درک احساسات روانی آنان نسبت به حمایت روانشناختی به روش کیفی انجام شده است.

مواد و روش ها: این مطالعه با طراحی رویکرد کیفی بر روی 28 نفر از زنان با سابقه نازایی در یک طیف گسترده و با انتخاب نمونه ها به صورت هدفمند انجام شد. احساسات درونی و درک زنان از حمایت روان شناختی از طریق مصاحبه های عمیق نیمه سازمان یافته (فردی) بررسی گردید. جمع آوری داده ها در فاصله ماههای فروردین و اردیبهشت سال 1390 انجام و آنقدر ادامه یافت تا اشباع داده ها حاصل گردید. کلیه مصاحبه ها ضبط و کلمه به کلمه تایپ گردید و تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از روش تحلیل درون مایه بررسی گردید.

یافته های پژوهش: پس از طبقه بندی و کدبندی داده ها از مجموع مضمون های یافت شده چهار طبقه اصلی در تبیین احساسات روان شناختی بیماران شامل تجربیات روان شناختی، برخورد پزشکان و تیم درمان، واکنش خانواده زوجین و عکس العمل دوستان و اطرافیان بود، استخراج شد.

بحث و نتیجه گیری: نتایج نشان داد که ناباروری می تواند سراسر زندگی زوج نابارور را تحت تاثیر قرار دهد. با توجه به حضور احساسات منفی روانشناختی در زنان مبتلا به نازایی و مشکلات مالی، حضور روان شناسان و توجه کافی پزشکان و ماماها به مشکلات افسردگی و اضطراب بیماران ضروری به نظر می رسد.

واژه های کلیدی: نازایی، اضطراب، پژوهش کیفی

* نویسنده مسئول: گروه مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد آستارا

Email: shahinsavadzadeh@yahoo.com

مقدمه

نازایی عبارت است از بارور نشدن یک زوج پس از یک سال تماس جنسی منظم، بدون استفاده از روش های پیشگیری. ناباروری تقریباً 10-15 درصد زوج ها را در سنین باروری گرفتار می کند، (1). یک چهارم زوج های ایبرانی ناباروری اولیه را در طول زندگی مشترک تجربه می کنند و 3/4 درصد زوج ها در هر زمان دارای مشکل ناباروری اولیه هستند. (2)

باروری در اکثر فرهنگ ها از ارزش بالایی برخوردار است و آرزوی داشتن فرزند یکی از اساسی ترین محرک های انسانی است. اگر تلاش در جهت باردار شدن با شکست مواجه شود، می تواند به یک تجربه احساسی مخرب تبدیل گردد. (3)

مواجه شدن با ناباروری بر زندگی زنان و مردان تأثیر به سزایی دارد و افراد مبتلا را در معرض مشکلات عاطفی روانی و هم چنین چالش های جسمی، روانی و مالی موجود در روند کاربرد روش های کمک باروری نیز آنان را تحت تأثیر خود قرار می دهد، به نحوی که مشکلات مربوط به ناباروری، بسیاری از افراد را در اواخر دهه دوم و سوم زندگی در سراشیبی منتهی به افسردگی قرار می دهد، (4،5). تلاش برای باردار شدن، اقدامات پزشکی گران قیمت و خسته کننده ای را به همراه دارد و تردید و بروز

ناامیدی همراه با ناباروری می تواند اساس روابط یک زوج را متزلزل نماید، (6). با وجود این که مطالعات مختلف اهمیت ارتباط مسایل جسمی و روانی ناباروری را نشان داده اند، جنبه های گوناگون ناباروری هنوز در هاله ای از ابهام قرار دارد. (7)

مطالعات زیادی بر روی زوج های نابارور انجام شده است. در مطالعه دومر و همکاران نیمی از افراد نابارور تغییر در روابط جنسی و 75 درصد از آن ها تغییر حالات خلقی را گزارش کردند، (8). ویج در مطالعه ای کیفی روی زنان نابارور شهری در هند نشان داد که زنان عمیقاً از این که موقعیت و امنیت آنان تحت تأثیر ناباروری قرار گیرد، نگرانند و احساس تنهایی را تجربه می کنند.

هم چنین فرایند استفاده از فناوری کمک باروری (ART) از نظر فیزیولوژی، عاطفی و مالی برای آنان بسیار استرس آور بوده، زیرا در جامعه هند ناباروری پدیده ای ننگ آور محسوب می شود، (9). مولایی نژاد و همکاران در مطالعه خود دریافتند که همه زوج های نابارور از استرس ناشی از ناباروری به درجات مختلف رنج می برند و حدود نیمی از آنان (46 درصد) از سازگاری در زندگی زناشویی برخوردار نبوده اند، (10). درک مواجه شدن با ناباروری به عوامل مختلف فرهنگی بستگی دارد،

اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی متنوع علاقمند به مشارکت و بیان روشن تجربیات خود بودند.

تولید داده ها به صورت تلفیقی و در مکان های مختلف انجام شد. جهت جمع آوری نمونه ها از پرونده های موجود در مراکز بهداشتی و درمانی استفاده شد. ابتدا لیست بیماران مبتلا به ناباروری تهیه شد و سپس با برقراری تماس تلفنی جهت مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی و یا بیمارستان، و یا مراجعه خود محقق به منازل آنان مصاحبه ها تکمیل شد. نمونه گیری آن قدر ادامه یافت تا اشباع داده ها حاصل گردید.

مصاحبه ها برای حفظ انعطاف پذیری و عمیق بودن، به شکل نیمه ساختاری و سوالات به شکل باز مطرح شد. هر مصاحبه با تعیین وقت قبلی انجام می شد و بر حسب شرایط و تمایل شرکت کنندگان 30 تا 60 دقیقه به طول می انجامید. در ابتدای هر مصاحبه، خصوصیات نمونه ها از جمله سن، اشتغال، سطح تحصیلات، نوع تأهل، نوع نازایی، نوع درمان های انجام شده و خصوصیات دموگرافیک همسر ثبت شد. راهنمای مصاحبه شامل چند سوال اصلی باز بود که به شرکت کنندگان فرصت بیان دیدگاه ها و نظرات شان را ارائه می داد. با کسب اجازه کتبی از مصاحبه شونده ها تمامی جریان مصاحبه ضبط (با استفاده از موبایل و mp3 player) شد، سپس

به طوری که در برخی از فرهنگ ها به جای استفاده از فناوری های کمک باروری از درمان های سنتی و غیرعلمی و یا از شبکه های اجتماعی کمک گرفته و از طریق فرزندخواندگی و یا روش های دیگر بر ناباروری فائق می آیند. (11)

این مطالعه بر تجربیات و احساسات روانی زنان نابارور و حمایت روان شناختی آنان می پردازد. تجربیاتی که اغلب نادیده گرفته می شوند و بر درد و رنج این بیماران می افزاید. در این مطالعه که به روش کیفی اجرا شده است، محققین اقدام به کشف تجربیات زنان نابارور نموده اند؛ چرا که برای دست یابی به موفقیت در درمان این گروه از بیماران و ارتقاء کیفیت زندگی آنان نیاز به شناخت و درک عمیق تجربیات زندگی آنان ضروری به نظر می رسد.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر مطالعه ای کیفی از نوع پدیدارشناسی است که در محیط های مختلف شامل مراکز بهداشتی و درمانی، منزل و بیمارستان صورت گرفت. در این پژوهش که به مدت 5 ماه به طول انجامید (از اسفند 1389 تا خرداد 1390) شرکت کنندگان با بیشترین تنوع، مورد مصاحبه قرار گرفتند. نمونه ها زنان نابارور 21 تا 50 ساله بودند که با موقعیت های شغلی، تحصیلی متفاوت و وضعیت های

آمده در میان مصاحبه ها سازگار بودند، (13،14). برای اطمینان از صحت و استحکام تحقیق از روش های زیر بر اساس نظریات استرابت و کارپنتر، (15)، استفاده شد. قابلیت پذیرش از طریق مرور دست نوشته ها توسط مشارکت کنندگان، استفاده از نظرات تکمیلی همکاران، بررسی مداوم و تخصیص زمان کافی و مقبولیت پژوهشگر صورت گرفت. قابلیت اعتماد و تأیید (Confirm ability) نیز از طریق audit trial یعنی جمع آوری سیستماتیک و قبول ممیزی داده ها و استنتاج بر اساس آن ها فراهم شد. برای افزایش قابلیت انتقال (Transferability)، نمونه ها از طبقات متفاوت اقتصادی و اجتماعی و سطوح مختلف تحصیلی و گروه های متنوع انتخاب شدند.

از بین 63 کد خام اولیه پس از بررسی و دسته بندی داده ها در مجموع 4 طبقه اصلی به همراه 18 طبقه فرعی به دست آمد. جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده ها 5 ماه به طول انجامید. در طی تحقیق کسب رضایت آگاهانه و کتبی مشارکت کنندگان برای شرکت در پژوهش، حفظ رازداری و محفوظ بودن حق انصراف از پژوهش لحاظ شد.

یافته های پژوهش

شرکت کنندگان مطالعه حاضر، 28 زن در فاصله سنی 20-47 سال بودند. بیشتر شرکت کنندگان 25-30

دستنویس شده و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده ها همراه با مقایسه دایمی و هم زمان با جمع آوری داده ها (کوربین استراس)، (12)، صورت گرفت. در این روش، بعد از انجام هر مصاحبه، نوارها کلمه به کلمه نسخه برداری و قبل از مصاحبه بعدی تجزیه و تحلیل شد. بعد از نسخه برداری نوارها دوباره به آن ها گوش داده می شد و یادداشت هایی در نسخه ها نوشته می شد. یادداشت ها شامل موضوعات تکراری، نکات تأکید شده شرکت کنندگان و افکار و ایده های خود محقق بودند. نسخه ها چند روز بعد مجدداً مطالعه و کدگذاری شد و نتایج با اولین کدگذاری مقایسه می شد. کدگذاری تکرار شده و رسیدن به نتایج مشابه، ثبات و هماهنگی داده ها را تأیید می کردند. در مرحله کدگذاری دوباره محقق خط به خط داده ها را بازنگری و مفاهیم اصلی آن را استخراج نمود. دو شیوه بکار رفته عبارت بودند از کلمات مصاحبه شده و کدهای دلالت انگیز که محقق

بر مبنای مفاهیم موجود در داده ها می ساخت. سپس در کدگذاری محوری کدها طبقه بندی شده و با همدیگر مورد مقایسه قرار گرفتند، و بعد از آن کدگذاری محوری و انتخابی انجام شد. اگر چه افراد مختلفی مورد مصاحبه قرار گرفتند، اما عبارات و کلمات کلیدی به دست

ساله بودند. 85/7 درمان بودند. (جدول
درصد آنان به علت شماره 1)
نازایی اولیه تحت

جدول شماره 1. مشخصات دموگرافیک زنان شرکت کننده

| مشخصات دموگرافیک | (درصد) تعداد |
|------------------|-----------------|
| زیر 24 | (14/2) 4 |
| گروه 25-30 | (42/8) 12 |
| سنی 31-40 | (14/2) 4 |
| بالای 40 | (28/5) 8 |
| نوع اولیه | (85/7) 24 |
| نازایی ثانویه | (14/3) 4 |
| IUI | (21/4) 6 |
| IVF | (14/3) 4 |
| نوع درمان دارویی | (64/3) 18 |
| میکرواینجکشن | - |
| سایر | - |

فرعی به دست آورد. در
جدول شماره 2
طبقات اصلی و
فرعی نشان داده
شده اند.

با توجه به تجزیه
و تحلیل داده ها می
توان تجارب روان شناختی و
اجتماعی زنان را
درباره نازایی با 4
طبقه اصلی و 18 طبقات

جدول شماره 2. طبقات استخراج شده از تحلیل تجارب روان شناختی و اجتماعی زنان درباره نازایی

| طبقات اصلی | طبقات فرعی |
|-----------------------------|---|
| تجربیات روانشناختی | افسردگی، استرس و اضطراب، حسادت، احساس گناه، پذیرفتن نازایی |
| برخورد پزشکان و تیم درمان | توجه مطلوب، درد دل کردن، بی تفاوتی به مشکلات اجتماعی روانی، نداشتن وقت کافی |
| واکنش خانواده | بی تفاوتی خانواده همسر، طرد شدن، تحقیر شدن، ازدواج دوم همسر |
| عکس العمل دوستان و اطرافیان | دلسوزی بی مورد، قضاوت نادرست، نگاه ترحم آمیز، داشتن عیبی بزرگ، حمایت |

خانم 30 ساله: «متأسفانه اضطراب من باعث شده که نیاز به مشاوره پیدا کنم.»

برخی از مصاحبه شونده‌گان حسادت به دوستان و نزدیکان خود را ذکر کرده اند. خانم 27 ساله: «خوب اون ها بچه هاشون رو ناز می کنند و صدا می کنند، من کمی ناراحت می شوم.» خانم 38 ساله: «به راحتی نمی توانم بچه تازه متولد شده رو بغل کنم.»

فردی که مشکل ناباروری از اوست، زن یا مرد، خود را مسئول نداشتن فرزند می داند که این موجب رویارویی وی با احساس گناه می شود. او ممکن است دچار عذاب وجدان، ناراحتی شده و خود را سرزنش کند. در این مطالعه نیز برخی از زنان در بین صحبت های خود اشاره کرده اند که نسبت به همسر خود احساس گناه می کنند. خانم 23 ساله: «من از زندگیم راضیم فقط شوهرم رو می بینم خیلی ناراحت می شم چون دلم می خواد اون بچه دار بشه و به پای من نسوزه.» البته برخی از زنان نیز فکر می کنند در نهایت با ازدواج مجدد همسرشان

تجربیات روان شناختی نسبت به نازایی: بیماران نسبت به پدیده نازایی واکنش روانی متفاوتی نشان می دهند. بسیاری از آنان (6/03 درصد) افسردگی و ناراحتی و یا علایم آن را ذکر کرده اند. خانم 35 ساله: «افسرده شدم خود به خود گریه می کنم.» خانم 34 ساله: «من همیشه در تنهایی اشک می ریزم.» و یا برخی به بیهودگی و بی مصرف بودن خود اشاره می کنند. خانم 35 ساله: «من یک درخت بی ثمر هستم که فقط مصرف کننده ام، بدون هیچ فایده ای.» مشکل اضطراب و افسردگی به تدریج وارد زندگی این افراد شده است. مثلاً از رفتن به مهمانی پرهیز می کنند و یا در مهمانی ها دچار اضطراب بی علت می شوند. خانم 24 ساله: «وقتی عروسی یا تولد می روم زود زود دستشویی می روم.» خانم 26 ساله: «مدام دلهره دارم که یه وقت نکنه تلفن زنگ بزنه و من بالاجبار به یک مهمانی بروم که الان این روزا عمداً ترتیب داده میشه تا من راضی به طلاق یا ازدواج مجدد بشم.»

موافقت خواهند کرد. برای برخی از زنان مشکلاتی در رفتن به مطب ها یا پیگیری درمان، به دلیل ترس از شنیدن اخبار ناامید کننده به وجود آمده است. خانم 42 ساله: «همیشه وقتی می خواهم برم مطب، از استرس می میرم.»

در بین مصاحبه شوندگان برخی از زنان با مشکل ناباروری خود کنار آمده اند و سعی می کنند با این پدیده زندگی کنند. خانم 48 ساله: «خودم به خودم روحیه می دم.» خانم 29 ساله: «من آدم شادی هستم و فکر می کنم هیچ وقت افسرده نمی شوم. بچه ارزش غصه خوردن نداره.» خانم 30 ساله: «اصلاً به کسی که حرف های ناامید کننده بزنه گوش نمی کنم.»

برخورد پزشکان و تیم درمان نسبت به مشکلات روانی زنان مبتلا به ناباروری: در این حیطه نیز چهار طبقه فرعی وجود دارد. برخی از مصاحبه شوندگان از توجه و علاقه پزشکان، ماماها و اعضای تیم درمان نسبت به احساسات و مشکلات روانی آنان راضی بودند. خانم 38 ساله: «خوب همیشه سعی می کنند با مهربانی برخورد کنند. وقتی آن ها را می بینم فکر می کنم همیشه پول حلال مشکلات نیست.» خانم 30 ساله: «خدا خیرش بده، هر وقت پیش دکترم می رم و برمی گردم مدت ها افسردگی از من دوره و به زندگی امیدوار میشم.» خانم 40 ساله: «دکتر به درد دل های من گوش می ده خدا خیرش بده.»

اما برخی از زنان از نداشتن وقت کافی پزشکان برای توجه به مشکلات روانی-اجتماعی و اولویت بیشتر دادن به پول را ذکر کرده اند که خود به مشکل آنان افزوده است. خانم 35 ساله: «خوب پیش دکترهایی می روم که سرشون شلوغه و دیگه وقتی برای توجه به اضطراب من ندارند، می خواهند نسخه بنویسند و مریض بعدی را ببینند.» خانم 48 ساله: «برای آن ها فقط پول مهمه دیگه هیچی.» بسیاری از مصاحبه شوندگان بی پولی را مشکلی می دانستند که با ناباروری گره خورده است و برخی نیز می گویند، اگر پول نداشتند کسی از گروه درمان به آن ها توجه نمی کرد. خانم 35 ساله: «من فکر می کنم پول حرف اول و آخر می زنه، اگر پولدار باشی خوب همه چیز داری: دکتر خوب، وقت بیشتر، بیمارستان خوب و یا داروهای گرانقیمت.» خانم 27 ساله: «فکر می کنم همه به خاطر پول کار می کنند.» خانم 30 ساله: «خدارو شکر، من از نظر مالی مشکلی ندارم و نداشتم، برای همین همیشه رفتارشان بامن عالی بوده.»

برخی نیز کمبود وقت و زیاد بودن بیماران را مانعی برای توجه پزشکان به مسایل آنان می دانند. خانم 38 ساله: «من فکر می کنم خستگی زیاد پزشک ها یا بیماران زیاد باعث میشه که پزشک برای بیمار وقت کافی نداشته باشه. چیزهایی که برای من مهم

کمتری به معاشرت با زوج
های نازا دارند. خانم 28
ساله: «خانواده همسر مرا
طرد کرده اند و با من رفت
و آمد ندارند.»

خانم 35 ساله: «خانواده
شوهرم چشم دیدن منو
ندارند، چون فکر می کنند
که زندگی پسرشونو به هم
ریختم. مدام در گوش شوهرم
می خوانند که دوباره
ازدواج کنه و بی خودی
برای من خرج نکنه.»

عکس العمل دوستان و
اطرافیان: می توان
تجربیات روان شناختی زنان
را در تعامل با دوستان و
هم چنین عکس العمل آنان
با نازایی را در پنج طبقه
فرعی بررسی کرد. بسیاری
از زنان نابارور از
برخورد نامطلوب دوستان و
اطرافیان نسبت به مشکل
خود گله مند بودند. خانم
28 ساله: «اگر یک زن حامله
ای در مهمانی یا آرایشگاه
باشد باهاش یک جوری
برخورد می کنند که من
ناراحت نشم. گاهی برای
بچه های خودشون، به
خصوص جاری هایم،
اسفند دود می کنند.»
نحوه برخورد اطرافیان،
تأثیر زیادی در زندگی زوج
های نابارور دارد و گاهی
این رفتارها فشارهای روحی
زیادی بر زوج ها وارد می
کند. در برخی موارد با
تأخیر در بارداری، طعنه و
کنایه اطرافیان آغاز می
گردد. این فشارها از طرف
اطرافیان موجبات رنجش
خاطر زوج ها را فراهم می
آورد.

خانم 35 ساله: «زن
داداشم رفتارشون طوریه
که انگار من یک عیب بزرگ

است، مسایل پیش پا افتاده
ای برای پزشکان است.»
خانم 29 ساله: «اونا وقت
کافی ندارند تا بیشتر با
آدم حرف بزنند، هی بدو
بدو کار می کنند.»

واکنش خانواده
زوجین: تقریباً
تمامی مصاحبه شوندگان
از برخورد مطلوب و حمایت
گرانه خانواده خودشان
نسبت به نازایی و کمک آن
ها در درمان نازایی صحبت
کرده اند. خانم 35
ساله: «مادرم سنگ صبوره
منه.» اما خانواده همسر
آنان واکنش های متفاوتی
نسبت به این مشکل داشته
اند. «دسته ای از مصاحبه
شوندگان اظهار می دارند
که خانواده خود و یا
همسرشان نسبت به مشکل
نازایی آنان بی تفاوت
بوده اند و یا حمایت های
محدودی داشته اند. خانم 23
ساله: «خانواده شوهرم خیلی
خوبند، آن ها معتقدند که
هر چی تقدیر باشه
همون میشه.» خانم 26
ساله: «خانواده شوهرم آدم
های با ایمانی هستند و با
تقدیر نمی جنگند و هرگز
درباره بچه دار شدنم حرفی
نمی زنند.» خانم 24 ساله
با نازایی ثانویه: «برخورد
خاصی ندارند، خوب چی
دارند که بگند من یک شوهر
فوق العاده با یک مادر
شوهر عالی و یک پسر خوب
دارم.»

اما بسیاری از مصاحبه
شوندگان با نگاه سرد و
برخورد نامطلوب از طرف
خانواده شوهر روبرو بوده
اند. بعضی از اقوام رفت و
آمد با زوج های نابارور
را محدود می کنند و علاقه

بدی به من بزنند من هم بلافاصله جوابشون رو می دم و باهاشون قطع رابطه می کنم.» برخی از زنان نیز با واکنش مطلوب و حمایت از طرف دوستان خود روبرو بوده اند. خانم 30 ساله: «دوستام تا حالا با حرفاشون منو اذیت نکرده اند.»

بحث و نتیجه گیری

بررسی و تجزیه و تحلیل آنچه زوج های نابارور بیان می کنند، نشان می دهد که ناباروری اثرات عمیقی بر زندگی زوج های نابارور برجا می گذارد. هدف از مطالعه کنونی تبیین تجربیات روانی-اجتماعی زنانی است که به نوعی در پی درمان های نازایی بوده اند. یافته های مطالعه حاضر نشان می دهد که تجربیات این زنان در 4 طبقه اصلی و 18 طبقه فرعی با چالش روبرو بوده است.

طبقه اول در زمینه تجربیات روان شناختی و واکنش روانی فرد نسبت به نازایی می باشد. ترس از آینده ای مبهم به دنبال شکست در درمان ناباروری و عواقب آن برای بسیاری از زنان آزار دهنده است. به نظر می رسد ناباروری و پیگیری درمان های پرهزینه و وقت گیر به همراه انگ نازایی در جامعه، بار سنگینی را از نظر روانی بر دوش زنان نابارور تحمیل نموده است. به طوری که اکثر مصاحبه شوندگان، درجاتی از علایم اضطراب و افسردگی را نشان می دهند. این یافته با مطالعه حریریان نیز هم خوانی

دارم مثل یک جذامی یا یک بیماری مسری.» خانم 37 ساله: «دوستام نمی خوان با من رفت و آمد کنند چون فکر می کنند دلم می خواد زندگیشون رو به هم بریزم یا شوهرشون رو ازشون بگیرم.» خانم 40 ساله: «وقتی بچه ای را بغل می کنم مادر بچه فکر می کنه من خیلی حسودم و ممکنه سر بچه اش بلایی بیارم.» خانم 28 ساله: «همه می گویند، این شوهرشو جادو کرده، پسر یکی یکدانه اجاقش کوره یا چه می دونم چرا پایش رو از زندگی اون بیچاره بیرون نمی کشه.» ناباروری در جامعه ما با توجه به ساختارهای فرهنگی ابعاد بسیار پیچیده ای دارد. به مرور کنجکاوی اطرافیان بیشتر می شود. احساس تحت فشار بودن از جانب اطرافیان و یا حمایت آنان، زندگی زوج های نابارور را تحت تأثیر قرار می دهد و موجب عکس العمل های متفاوت از جمله اجتناب از شرکت در مهمانی ها و پنهان کردن ناباروری از اطرافیان می گردد. برخی از این زنان از نگاه ترحم آمیز دوستان خود خسته شده اند. خانم 30 ساله: «هر وقت زن حامله ای در مهمانی یا آرایشگاه باشد سعی می کنند درباره او حرف نزنند یا وقتی من برسم حرفشون رو قطع می کنند.» خانم 29 ساله: «از نگاه تحقیر آمیز بدم می آید.» خانم 33 ساله: «بعضی از دوستام معتقدند که آدم برای بچه زندگی می کنه. اگر حرف

چشم می خورد. از طرفی آنان با آموزش های تکراری و بیمارانی با وضعیت مشابه سرو کار دارند که ممکن است باعث کاهش انگیزه آنان در جستجوی مشکلات دیگر زنان نابارور گردد.

در حیطه مشکلات اجتماعی زنان نابارور ابتدا به طبقه عکس العمل خانواده همسر فرد نابارور می پردازیم. ایران از جمله کشورهایی است که از نظر اجتماعی- فرهنگی و مذهبی اهمیت خاصی به فرزندآوری می دهد، (18)، و مساله ناباروری در جامعه ما با توجه به ساختار فرهنگی خاص، بعد عمیق تری به خود می گیرد. نقش خانواده همسر بسیار مهم و گاه سرنوشت ساز است و این نقش می تواند مثبت یا منفی باشد. این تجربیات کیفیت زندگی زنان را کاهش می دهد و آن ها را به سوی انزوای بیشتر سوق می دهد. به طوری که بیشتر آنان مجبور به قطع رابطه با خانواده همسر می شوند. بسیاری از مطالعات نشان

داده اند که ناباروری تأثیر منفی بر کیفیت زندگی زنان دارد، (19،20). لویزا مانتی نیز در مطالعه خود مشاهده کرد که زنان نابارور کیفیت زندگی پایینی دارند. (21)

انسان به عنوان بخشی جدایی ناپذیر از محیط اطراف خود در نظر گرفته می شود. محیط پیرامون، انسان را شکل می دهد و انسان نیز بر دنیای اطراف

دارد. او در مطالعه خود به این نتیجه رسید که 58 درصد از زنان نابارور مبتلا به درجاتی از افسردگی بودند، (16). به نظر می رسد ترس از خاتمه رابطه زناشویی، طلاق، دلسوزی به همسر در بروز افسردگی موثرند، اما در مطالعه حاضر بیش از پیش روشن شد که عکس العمل خانواده همسر و احساس عدم اعتماد به نفس به دلیل داشتن عیبی بزرگ باعث بروز درجاتی از افسردگی در زنان مصاحبه شونده شده باشد. مشاهدات بالینی نیز نشان می دهند که واکنش نسبت به ناباروری با عکس العمل های شدیدی از جمله افسردگی، احساس گناه و بی کفایتی همراه می باشد. (17) طبقه دوم در رابطه با تجربیات روانی و اجتماعی زنان نابارور مربوط به نحوه برخورد پزشک معالج و اعضای تیم درمانی اوست. زوج هایی که به دنبال درمان نازایی هستند، علاوه بر تحمل هزینه های سنگین مادی تحت فشار روانی زیادی نیز از طرف جامعه قرار دارند. مصاحبه شوندگان نیز در این زمینه به مواردی اشاره کرده اند: 1- توجه پزشکان به مشکلات روانی 2- درد دل کردن 3- بی تفاوتی پزشکان به مشکلات اجتماعی و روانی 4- نداشتن وقت کافی پزشکان برای رسیدگی به غصه و رنج بیماران نابارور.

پزشکان و اعضای درمان همه روزه با بیماران بسیاری سروکار دارند و معضل کمبود وقت همیشه به

بیانگر حقایقی است که زوج های نابارور با آن ها مواجه هستند که اغلب این مشکلات از چشم تیم درمان و حوزه سلامت مخفی مانده است. نگاهی عمیق به آن چه زنان و مردان نابارور بازگو می کنند، حاکی از آن است که آن ها نیازمند حمایت همسر، اطرافیان، تیم درمان، خدمات بیمه ای و حتی مسئولین دولتی هستند.

سپاسگزاری

پژوهشگران این مطالعه وظیفه خود می دانند تا مراتب سپاسگزاری خود را از کلیه زوج های نابارور شرکت کننده در این مطالعه ابراز نموده و هم چنین از سرکار خانم ها حافظی و مولایی نیز تشکر و قدردانی می نمایند.

خود اثر می گذارد، (22). در این بین نباید نقش دوستان و اطرافیان فرد نابارور در پیدایش مشکلات اجتماعی نادیده گرفته شود. اغلب زنانی که به نازایی مبتلا هستند با واکنش های نامطلوب از طرف دوستان روبرو هستند و حتی در محیط های اجتماعی مانند محافل دوستانه، آرایشگاه ها و کلینیک ها با تجربیات ناخوشایندی روبرو می شوند. خداکرمی نیز در مطالعه خود به نتایج مشابهی دست یافته است، (23). مجموعه یافته های این پژوهش نشان می دهد که زوج های نابارور با مشکلات متعددی روبرو هستند. این افراد حمایت و توجه لازم را از طرف پزشکان، ماماها و یا سایر اعضای درمان به دست نمی آورند. بدین ترتیب نتایج مطالعه حاضر تا حد زیادی

References

- 1-Berek JS, Novak E. Berek and Novak's gynecology. 14th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2007.P.101-15.
- 2-Vahidi S, Ardalan A, Mohammad K. [The epidemiology of primary infertility in the Islamic republic of Iran in 2004-5]. J Reprod infertile 2006;7:243-51.(Persian)
- 3-Ryan KJ, Kistner RW. Kistner gynecology and women's health. 7th ed. Michigan: Mosby; 1999.P.660.
- 4-Mohammadi MR, Khalaj A, Farahani F. [Emotional and psychology problems of infertility and strategies to overcome them]. J Repord Infertile 2001;21:34-8.(Persian)
- 5-Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment and sexual function. Urology 2004;63:126-30.
- 6-Bahrami N, Sattarzadeh N, Rangbar Koochasaie F. [Comparing depression and sexual satisfaction in fertile and infertile couples]. J Repord Infertile 2007;8:52-9.(Persian)
- 7-Cwikel J, Gidron Y, Sheiner E. Psychological interactions with infertility among women. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2004;117:126-31.
- 8-Domare AD, Zuttermeister PC, Freidman R. The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. J Psychosom Obstet Gynaecol 1993;14(Suppl):45-52.
- 9-Widge A. Seeking conception: experience of urban Indian women with in vitro fertilization. Patient Educ Couns 2005;59:226-33.
- 10-Mollaiy Nezhad M, Jaaferpour M, Jahanfar SH. Infertility related stress and marital life in Iranian infertile women who referred to Isfahan infertility treatment clinic. J Repod Infertile 2000;2:26-39.(Persian)
- 11-Evens E. A global perspective on infertility: an under recognized public health issue. Univ N.C news Lett 2004;18:1-39.
- 12-Strauss A, Corbin J. Grounded theory methodology. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. Strategies of qualitative inquiry (pp.158-183). Thousands Oaks, CA: Sage Publications; 1998.
- 13-Eaves Y, Vonne D. A synthesis technique for grounded theory data analysis. J Nursing Res 2001;5: 654-63.
- 14-Ahmadi F. [Series of educational workshops on medical science. qualitative research]. 1st ed. Tehran: Tarbiat Modares university; 2003.PP.25-30.(Persian)
- 15-Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing, advancing the humanistic imperative. Philadelphia: Lippincott; 2003.
- 16-Haririan H, Mohamadpor Y, Aghajanloo A. [The prevalence of infertile women referred to a Kosar Oramia infertility clinic]. J Reprod Infertil 2009;2:45-9.(Persian)
- 17-Farahani MN. [Psychological aspects of coping and adjustment of infertility and role of psychologist]. J Reprod Infertil 2001;2: 53-7.(Persian)
- 18-Abbasi-Shavazi MJ, Asgari-Khanghah A, Razeghi H. [Women and infertility experience: A case study in Tehran. J Women Stud 2005;3:114-91.(Persian)
- 19-Fekkes M, Buitendijk SE, Verrips GH, Brrat DD, Brewaeys AM, Dolfin JG, et al. Health related quality of life in relation to gender and age in couples planning IVF treatment. Hum Repr 2003;28:1536-43.
- 20-Wilson JF, Kopitzke EJ. Stress and infertility. Curr women's health Rep 2002;2: 194-9.
- 21-Manati L, Alami M, Shokrabi SH, Haghani H, Ramazanzadeh F. [Factors influencing the quality of life of infertile women]. J Reprod Infertil 2009;12:25-31.(Persian)
- 22-Abdsaeidy J, Amir Ali Akbari P. [Medical research method]. 2nd ed. Tehran: Abrang; 2005. p.45 (Persian)
- 23-Khodakarami N, Hashemi S, Sedighi S, Hamdieh M, Taheripanah R. Infertility experience: A Phenomenology Assess. Fertil Steril 2009;10:287-97.(Persian)



Explanation of Emotional Feelings of Women with Infertility: A Qualitative Study

Savadzadeh Sh¹*, madadzadeh N¹

(Received: 26 Nov. 2011

Accepted: 4 Jul. 2012)

Abstract

Introduction: It is believed that stress can be present as anxiety or depression which to be increased in infertile women. Relationship between infertility and anxiety is complex and may create a defective cycle. This study was done to through qualitative approach to determine the emotional feelings of infertile women towards psychological support.

Materials & Methods: This study was conducted on 28 women with infertility by using of qualitative approach and a purposive sampling method was adopted to select the subjects. Their emotions and perception of psychological supports were assessed by semi-structured interviews. Data collection was done between first of April to first of May and it was continued to the saturation point. All interviews were

audio-taped, translated and typed word by then the data were analyzed consecutively.

Findings: Data were classified and coded. Analyzing of data revealed four major themes which included psychological experience, communication doctors and medical team, reaction of couple's family and friends.

Discussion & Conclusion: Findings showed that infertility is a common condition that could affect infertile couple's life. Regarding to the existence of negative psychological emotion among women with infertility and financial problems, psychologists, physicians and midwives attention to the anxiety and depression problems is essential.

Keywords: infertility, anxiety, qualitative study

1. Dept of Midwifery, Islamic Azad University, Astara branch, Astata

*(corresponding author)